

Moi(s) sans tabac 2017

Questionnaire d'évaluation Partenaires PACA



Vous avez mis en place des actions dans le cadre du dispositif national Moi(s) sans tabac, sur octobre et novembre 2017.

Nous vous remercions de bien vouloir **répondre aux questions ci-dessous** afin d'évaluer le déploiement régional en PACA.

Adresse de retour du questionnaire :

- Mail : marion.vallarino@cres-paca.org
- Courrier : CRES PACA - 178 cours Lieutaud, 13006 Marseille

Nom de la structure :

 Sigle :
 N° de SIRET (Obligatoire) :
 Président (facultatif) :
 Directeur (facultatif) :
 Adresse postale :

 Tél. :
 Mail :

 Site internet :

Contact 1 (Obligatoire) :
 Mail:

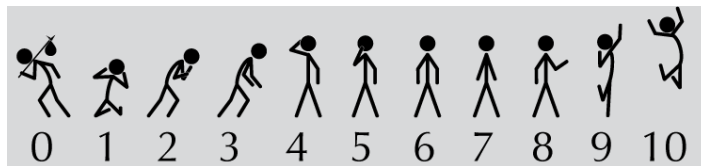
 Tél.:
Contact 2 :
 Mail:

 Tél.:
Contact 3 :
 Mail:

 Tél.:

Satisfaction générale

1. Sur une échelle de 0 à 10, comment estimez-vous votre satisfaction quant à l'**organisation nationale de la campagne Moi(s) sans tabac** (Entourez votre réponse) ?



Commentaires :

Accompagnement méthodologique

2. Lors de la mise en place de votre action, avez-vous été **accompagné(e) dans la méthodologie** ?

Oui

Non

2.1. Si oui, par qui ? _____

2.1.1. Sur une échelle de 0 à 10, comment estimez-vous votre satisfaction quant à ces accompagnements ?



2.2. Si non, auriez-vous souhaité cet accompagnement méthodologique ?

Oui

Non

Informations régionales Moi(s) sans tabac

3. **Comment** avez-vous eu connaissance du dispositif Moi(s) sans tabac ?

4. Considérez-vous avoir été **assez informé** lors de Moi(s) sans tabac au niveau régional ?

Oui

Non

5. Avez-vous eu connaissance des **lettres d'information envoyée régulièrement par le CRES** ?

Oui

Non

5.1. Sur une échelle de 0 à 10, comment estimez-vous votre satisfaction quant au **contenu de ces lettres d'information** ?



5.2. Quels types d'information auriez-vous souhaités en plus ?

6. Des **comités de pilotage** ont été organisés pour Moi(s) sans tabac en région PACA.

6.1. Le nombre de rencontres vous a-t-il semblé suffisant ?

Oui Non
Si non, qu'auriez-vous souhaité aborder en plus ?

Outils Moi(s) sans tabac

7. Un certain nombre **d'outils** a été développé par Santé Publique France.

7.1. Pensez-vous qu'ils soient **adaptés** à votre public ?

Tout à fait En grande partie Peu Pas du tout
Commentaires :

7.2. Vous ont-ils paru **utiles** ?

Tout à fait En grande partie Peu Pas du tout
Commentaires :

7.3. Comment estimez-vous la **mise à disposition** de ces outils ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante
Commentaires :

7.4. Quels aspects positifs ou négatifs du **ressenti de la part de votre public** avez-vous pu observer ?

7.5. Avez-vous pu distribuer la totalité des **kits d'aide à l'arrêt** qui vous ont été remis ?

Oui Non
Commentaires :

7.6. Quels **besoins complémentaires** avez-vous eu concernant ces outils ?

Mise en place d'actions Moi(s) sans tabac

8. En tant que partenaires Moi(s) sans tabac, vous avez mis en place des **actions auprès de vos publics**.

8.1. Veuillez compléter le tableau ci-dessous de façon **la plus détaillée possible** :

Prévu	Réalisé	Raison de l'écart éventuel

8.2. Avez-vous rencontré des **difficultés lors de la mise en place** de l'action ?

Oui
Si oui, de quel type ?

Non

8.3. Quelles **ressources humaines** (dont partenaires) ont été mobilisées ?

8.4. Avez-vous prévu une **évaluation pour votre action** ?

Oui
Si oui, merci de nous transmettre vos conclusions

Non

8.5. Avez-vous respecté le **calendrier national** ?

(Octobre : actions de communication, incitation des personnes à entrer dans le dispositif ; Novembre : actions de communication, actions de soutien des participants)

Tout à fait

En grande partie

Peu

Pas du tout

Commentaires :

8.6. Quel a été votre **public cible** ?

Jeunes

Femmes enceintes

Femmes allaitantes

Personnes en situation de précarité

Autres

8.7. Combien de personnes ont été **sensibilisées à Moi(s) sans tabac** lors de la mise en place de vos actions ?

8.8. Combien de **fumeurs** ont été ciblés par l'action ?

8.9. Combien de personnes se sont **engagées à entrer dans le dispositif** lors de la mise en place de vos actions ?

8.10. Estimez-vous avoir **répondu aux besoins des participants** ?

Tout à fait

En grande partie

Peu

Pas du tout

Commentaires :

8.11. Votre action a-t-elle permis de remplir l'objectif **d'inscription des participants dans le dispositif** ?

Tout à fait

En grande partie

Peu

Pas du tout

Commentaires :

8.12. Avez-vous observé des **effets positifs ou négatifs non prévus** ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

8.13. Avez-vous observé des **leviers pour la promotion de la santé** ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Retombées presse

9. Avez-vous bénéficié de retombées presse (communiqué de presse, point presse,...) ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Enseignement

10. Quels sont les **points forts et les points faibles** relatifs à la première édition de Moi(s) sans tabac ?

10.1. Points forts

10.2. Points faibles

11. Avez-vous des **besoins complémentaires** pour l'édition Moi(s) sans tabac 2017 ?

12. Quelles activités pensez-vous qu'il soit **pertinent de réitérer** ?

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

L'équipe du CRES